

ИЗОЛИРОВАННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ

С. П. Миронов

Детская городская больница № 20 им. Тимирязева г. Москвы (главврач — М. К. Бухрашвили, главн. хирург — канд. мед. наук Н. Г. Дамье)

Вопрос о закрытых повреждениях селезенки у детей до настоящего времени не получил достаточного освещения в литературе.

С 1950 по 1968 г. в нашей больнице по поводу закрытых повреждений селезенки оперировано 70 детей в возрасте от 5 до 16 лет, причем изолированные разрывы были у 45 (40 мальчиков и 5 девочек).

Изолированные повреждения селезенки возникали либо от приложения значительной силы к области нижних ребер слева или левого подреберья, либо при падении с высоты. У 35 детей повреждения возникли в результате бытовой травмы, у 9 — транспортной, у одного причина не установлена. Локализация и характер повреждения селезенки определяются в некоторой степени механизмом травмы. Так, при ударе по левой половине живота чаще возникали одиночные, поперечные разрывы выпуклой поверхности селезенки в средней ее части, нередко доходившие до ворот. При транспортных травмах характер повреждений был крайне разнообразен, наиболее часто это были множественные трещины капсулы и паренхимы различной локализации и со значительными разрушениями селезеночной ткани. При падениях с высоты доминирующими формами повреждений были отрывы органа от сосудистой ножки, отрывы полюсов и разрывы селезенки на части.

Изолированный разрыв капсулы был у 1 ребенка, разрыв капсулы и паренхимы — у 28; в том числе поверхностные повреждения были у 8; у 17 разрывы локализовались на выпуклой поверхности селезенки, у 8 — на вогнутой и у 4 место повреждения не установлено; фрагментация органа в виде разрыва на части и отрыва полюсов была у 14, отрыв селезенки от сосудистой ножки — у 2.

Подкапсульные разрывы органа у наших больных ни разу не встретились.

При изолированных травмах селезенки у детей на первый план выступает картина внутрибрюшного кровотечения. Выраженный шок был только у 9 больных. Можно думать, однако, что шоковое состояние возникает чаще, но в силу физиологических особенностей детского возраста уже до поступления в стационар дети выходят из этого состояния. Так, из 30 детей, поступивших в первые 3 часа после травмы, шок отмечен у 8, в то время как из 15 поступивших в более поздние сроки — только у 1.

Боли в животе были у всех пострадавших, у 25 отмечена иррадиация болей в надплечье. Дети, особенно дошкольного возраста, часто не могут правильно объяснить свои болевые ощущения, а старшие нередко скрывают их. Болезненность области левого подреберья отмечена у 26 детей, напряжение мышц передней брюшной стенки — у 36, из них у 22 — напряжение области левого подреберья.

В первые часы после травмы у 32 детей наблюдалось вздутие живота, наступающее в результате пареза кишок, причем у 21 — уже в первые 3 часа после травмы. На внутреннее кровотечение при разрыве селезенки указывает притупление перкуторного звука слева (у 27 больных). У 19 больных притупление исчезало при поворачивании на правый бок. Однако последний признак чаще выявляется в более поздние сроки после травмы при значительном скоплении крови в брюшной полости.

Симптом Щеткина-Блюмберга был у 40 детей. Затруднение дыхания и боль в грудной клетке (у 19 больных) являются менее постоянными симптомами повреждения селезенки у детей. У большинства больных отмечалось ослабление перистальтики, а у 10 пострадавших — полное ее исчезновение, что служит показателем тяжести травмы. Рвота наступала редко, более постоянно — при локализации повреждения в области сосудистой ножки селезенки.

Рентгенологическое исследование грудной клетки и живота произведено 19 детям, и только у 4 найден наиболее вероятный признак повреждения селезенки — смещение желудочного пузыря вправо; у 6 больных обнаружено высокое стояние и ограничение подвижности левого купола диафрагмы. Последние признаки, однако, являются косвенными рентгенологическими симптомами разрыва селезенки, так как встречаются и при изолированных травмах грудной клетки.

Предоперационная подготовка у больных заключалась в переливании крови, которое продолжалось и в течение всей операции. У детей с неясной клинической картины и без признаков шока переливание крови начиналось во время операции.

Все оперативные вмешательства мы выполняли под наркозом (масочный, эфирно-кислородно-кислородная смесь) верхне-срединным доступом с добавлением поперечного или косого разреза влево. Последний применен у 41 ребенка, у 4 — срединная лапаротомия. Операцией выбора при изолированных повреждениях селезенки у детей является спленэктомия. Она была выполнена у 44 больных. Только у 1 ребенка трещина капсулы селезенки была перитонизирована изолированным куском сальника. Тампонада ложа селезенки в связи с паренхиматозным кровотечением из него, обусловленным наличием

спаяк, идущих от селезенки, применена у 4 детей; у остальных брюшная полость была защита наглухо после введения антибиотиков.

После операции детям назначали антибиотики, кислород, раннюю дыхательную гимнастику; проводили мероприятия по нормализации электролитного, водного и белкового балансов. У 4 больных в послеоперационном периоде развилась пневмония, у 1 — эвентрация кишечника, у 1 — расхождение поверхностных слоев раны и у 1 — почечная олигурия. Летальных исходов при изолированных повреждениях селезенки не было.

Отдаленные результаты проверены у 28 больных: в сроки от 2 до 5 лет — у 8, от 5 до 10 лет — у 6, от 10 до 15 лет — у 9 и от 15 до 18 лет — у 5. Возраст пациентов в момент обследования колебался от 8 до 30 лет. 16 чел. заняты учебой или умственным трудом, 12 — физическим. 24 обследованных жалоб не предъявляют, 4 жалуются на непостоянные боли в левом подреберье, чаще при физических нагрузках, 2 из них страдают головными болями, 2 указывают на раздражительность и усиленную потливость. 2 больных перенесли операции по поводу спаечной непроходимости и послеоперационной грыжи. Послеоперационный рубец у всех был прочным и безболезненным, у 6 обследованных ниже и медиальнее горизонтальной части рубца отмечено небольшое снижение тактильной и болевой чувствительности, что связано с пересечением ветвей нервов передней брюшной стенки. У обследованных пациентов предрасположения к инфекционным или гнойно-септическим заболеваниям не выявлено. У 2 после спленэктомии были переломы костей конечностей, однако замедления консолидации переломов не установлено.

Отклонения со стороны крови были у 11 чел. Отмечено некоторое снижение уровня гемоглобина и количества эритроцитов, в среднем до 4 200 000. Цветной показатель у всех обследованных оставался нормальным. Общее количество лейкоцитов было нормальным у всех, за исключением 2 пациентов, у которых оно достигало 12 400 и 10 100. У трети обследованных была эозинофилия (в среднем 7%) и умеренный моноцитоз (9—10%). Количество лимфоцитов у большинства обследованных находилось на верхних границах нормы. Умеренная нейтрофилопения констатирована у 18 пациентов. Показатели РОЭ были нормальны у всех обследованных больных.

ВЫВОДЫ

1. Основной причиной изолированного повреждения селезенки у детей является непосредственный удар в область левого подреберья; наиболее частая локализация повреждений — выпуклая поверхность органа; существует некоторая зависимость между механизмом травмы, локализацией и характером повреждений.

2. Наиболее достоверные признаки повреждения селезенки — локальная болезненность и напряжение мышц брюшной стенки в области левого подреберья, иррадиация болей в левое надплечье, симптом Щеткина-Блюмберга и наличие притупления слева.

3. Операцией выбора является спленэктомия, предпочтительный способ обезболивания — ингаляционный наркоз, наиболее рациональный доступ — верхне-срединная лапаротомия с добавлением поперечного или косого разреза влево.

4. Удаление селезенки у детей не влияет на их умственное и физическое развитие. Незначительные отклонения в системе крови не служат препятствием для нормальной жизнедеятельности пациентов.

УДК 616.348—002

О ЗАТЯЖНОМ ТЕЧЕНИИ КИШЕЧНЫХ КОЛИИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Доктор мед. наук Е. В. Белогорская, канд. мед. наук Л. А. Кузнецова

Кафедра детских болезней (зав. — доктор мед. наук Е. В. Белогорская) Казанского
ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова
на базе 2-й детской клинической больницы г. Казани (главврач — В. К. Мельникова)

Острые желудочно-кишечные заболевания у детей раннего возраста, особенно первого года жизни, наиболее часто вызываются энтеропатогенными кишечными палочками. Клиническая картина кишечной колиинфекции характеризуется полиморфизмом симптомов; течение болезни бывает как острым, так и затяжным. Для выяснения причин затяжного течения колиинфекции нами использованы клинические наблюдения, которые сопровождались многократными исследованиями испраж-